

Sonja Etzler ; Martin Rettenberger

Psychologische Diagnostik im Rahmen der Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern im Justizvollzug : Eine Vollerhebung diagnostischer Praxis der sozialtherapeutischen Einrichtungen in Deutschland

Akzeptierte Manuskriptfassung / Accepted Manuscript

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift *Diagnostica* veröffentlichten Artikel unter <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000235> . Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden. Bitte verbreiten oder zitieren Sie diesen Artikel nicht ohne Zustimmung des Autors.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung – keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of Use:

This document is made available under a Deposit Licence (No redistribution – no modifications). We grant a non-exclusive, nontransferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, noncommercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact

URL: krimpub.krimz.de

E-Mail: krimpub@krimz.de

KrimPub

Dokumentenserver der Kriminologischen Zentralstelle

Zusammenfassung:

Sozialtherapeutische Einrichtungen des Justizvollzugs dienen der Behandlung von (Sexual-) Straftätern, um deren Rückfallrisiko nachhaltig zu reduzieren. Das weltweit bekannteste Rehabilitationsmodell, nach dem intramurale Behandlung strukturiert werden sollte, um möglichst positive Behandlungseffekte zu erzielen, ist das Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell). Psychologische Diagnostik nimmt in der Umsetzung dieser RNR-Prinzipien eine Schlüsselposition ein, um im Rahmen der Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik den Therapieprozess anzuleiten. Ziel der vorliegenden Studie ist eine empirische Darstellung der intramuralen psychodiagnostischen Praxis anhand einer Vollerhebung aller 71 sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jahr 2016. Von 71 Einrichtungen führen 62 eine Eingangs-, 50 eine Verlaufs- und 36 eine Abschlussdiagnostik durch. Dabei erfolgt die Eingangsdiagnostik in der Regel standardisiert, während Verlaufs- und Abschlussdiagnostik seltener einem standardisierten Schema folgen. Besonders häufig wurden Risikoprognoseverfahren zur Einschätzung des Rückfallrisikos eingesetzt, wobei insgesamt eine starke Anlehnung an das RNR-Modell zu konstatieren ist.

Abstract:

Social therapy units (STUs) in penal institutions provide intensive treatment for sexual and violent offenders, aimed at reducing their recidivism risk. The risk-need-responsivity-model (RNR model) is the most widely established model of offender rehabilitation; the current state of research indicated that treatment following the RNR model is the most effective method of intervention. Psychological assessment plays a key role in the implementation of the RNR model in planning and monitoring the start, the process, and the end of treatment. The main aim of the present study was to empirically examine the current use of psychodiagnostic procedures in STUs in Germany by conducting a complete survey of all 71 STUs in 2016. Of all 71 STUs, 62 conducted initial diagnostic procedures, 50 conducted process diagnostic procedures, and 36 conducted final diagnostic procedures. The initial diagnostical process was predominantly standardized, whereas process and final diagnostics rarely followed a standardized scheme. Risk assessment instruments were used most frequently, and – generally speaking – current psychological assessment practices in STUs followed predominantly the RNR model.

Einleitung

Im Zuge der Strafrechtsreform 1969 wurden die Bemühungen intensiviert, besonders rückfallgefährdete Straftäter in speziellen Einrichtungen des Strafvollzuges, den sozialtherapeutischen Einrichtungen, zu behandeln, um diese vor dem Hintergrund des Resozialisierungsgedanken auf die Freiheit vorzubereiten und die Rückfallwahrscheinlichkeit durch eine angemessene Behandlung zu verringern. Der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2016) formuliert den Zweck sozialtherapeutischer Einrichtungen wie folgt: „Sozialtherapeutische Einrichtungen sollen es Menschen, die wegen erheblicher oder wiederholten Straftaten verurteilt worden sind und bei denen weitere Wiederholungen zu befürchten sind, durch therapeutische Mittel und soziale Hilfe ermöglichen, neue Einsichten zu gewinnen und sich neue Formen der Lebensbewältigung anzueignen“ (S. 37). Die Unterbringung in der sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB) wurde im Strafgesetzbuch (StGB) im Rahmen der „großen Strafrechtsreform“ 1969 zunächst als Maßregel einer behandlungsorientierten Form des Vollzugs umgesetzt. Obwohl dieses Gesetz nie in Kraft trat und 1984 aus dem StGB gestrichen wurde, entstanden ab 1969 acht Modellanstalten und zwei weitere Einrichtungen (Egg & Schmitt, 1993). Im Jahre 1977 wurde schließlich das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) verabschiedet und lieferte mit § 9 im Rahmen des Strafvollzugs die Möglichkeit zur Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt, wenn dies zur Resozialisierung angezeigt ist. In den darauffolgenden zwei Dekaden wurden die sozialtherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sukzessive ausgebaut und erfuhren 1998 mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten eine weitere gesetzlich verankerte Stärkung: Gemäß der Neufassung des § 9 I des StVollzG konnten nun alle Personen, die aufgrund einer sexuell motivierten Straftat zu einer über zweijährigen Freiheitsstrafe verurteilt worden waren, auch ohne ihre Einwilligung in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, womit ein weiterer erheblicher Ausbau der sozialtherapeutischen Abteilungen verbunden war. Im Jahre 2016 konnten in Deutschland 71 sozialtherapeutische Einrichtungen registriert werden, wovon sechs eigenständige Anstalten, zwei Außenstellen und 63 sozialtherapeutische Abteilungen zu zählen sind (Etzler, 2016). Von diesen Einrichtungen sind 44 ausschließlich für männliche Insassen bestimmt, 21 für jugendliche Straftäter und 6 Einrichtungen sind Frauen vorbehalten, darunter ist eine Einrichtung nur für Sicherungsverwahrte zuständig.

Über die Wirksamkeit der intramuralen (d. h. innerhalb der Einrichtungen des Justizvollzugs) wie extramuralen (d. h. nach der Entlassung im Rahmen ambulanter Nachsorgeeinrichtungen) Behandlung von straffällig gewordenen Personen wird seit Jahrzehnten intensiv dis-

kutiert. Erschwert wird der Nachweis der Wirksamkeit dadurch, dass methodisch hochwertige Forschungsdesigns mit einer randomisierten Zuordnung zur Behandlungs- und Kontrollgruppe im forensisch-kriminologischen Bereich aus ethischen und juristischen Gründen meist nicht durchführbar sind. Zwar existieren alternative Studiendesigns, die eine Vergleichbarkeit von Behandlungs- und Kontrollgruppe trotzdem ermöglichen (z. B. Keßler & Rettenberger, 2017), die Anzahl solcher Studien ist aber überschaubar, weshalb methodenkritische Autorinnen und Autoren dem aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit der Behandlung straffällig gewordener Personen nach wie vor zurückhaltend gegenüberstehen (Rice & Harris, 2013). Mehrheitlich wird jedoch davon ausgegangen, dass Behandlung bei straffälligen Personen als wirksam eingestuft werden kann, wenn die Behandlungspraxis bestimmten Prinzipien folgt (z. B. Andrews & Bonta, 2010; Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Keßler & Rettenberger, 2017; Lösel, 2016).

Über diese Prinzipien wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Studien und Meta-Analysen durchgeführt (für eine aktuelle Übersicht siehe z. B. Lösel, 2016), deren Erkenntnisse in der Formulierung des *Risk-Need-Responsivity-Modells* (RNR-Modells; Andrews & Bonta, 2010) mündeten, das heute als das einflussreichste Rehabilitationsmodell gilt. Nach dem RNR-Modell sind Interventionen bei Straftätern vor allem dann effektiv, wenn sich die Behandlungsintensität am Risikopotenzial des einzelnen Täters orientiert (*Risk Principle*), das heißt, je höher das Rückfallrisiko einer straffällig gewordenen Person ist, desto intensiver sollte die Behandlung und Betreuung sein. Bei der Auswahl der Behandlungsziele sollten solche Bereiche bearbeitet werden, die empirisch mit einer erhöhten Rückfälligkeit im Zusammenhang stehen. Im Sinne des RNR-Modells sollten also vorrangig kriminogene Bedürfnisse (im Original: *Criminogenic Needs*, deshalb *Need Principle*) bearbeitet werden, die auch als dynamischer Risikofaktoren bezeichnet werden (Rettenberger, Matthes, Schilling & Eher, 2011). Gemäß dem *Responsivity Principle* sollte sich jede Intervention an der Lernfähigkeit, dem Lernstil und der individuellen Motivation des zu Therapierenden orientieren und damit die individuelle Ansprechbarkeit auf Behandlung berücksichtigen. Die Prinzipien bilden einen allgemeinen Rahmen innerhalb dessen konkrete forensisch-therapeutische Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen ausgestaltet werden sollten. Das Modell verdeutlicht, dass für eine systematische Berücksichtigung der RNR-Prinzipien besondere diagnostische und kriminalprognostische Instrumente und Verfahren notwendig sind, denen wiederum für die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen eine besondere Bedeutung zukommt.

Die forensische Evaluationsforschung konnte in den letzten Jahren wiederholt zeigen, dass bei systematischer Berücksichtigung des RNR-Modells die Wirksamkeit mit jedem erfüllten Prinzip zunimmt und gleichzeitig Interventionen sogar negative Effekte (d. h. die Rückfallgefahr erhöhen) haben können, wenn keines der Prinzipien Anwendung findet (Andrews & Bonta, 2010; Lösel, 2016). In Anbetracht diesen Forschungsstandes ist es konsequent, dass sich die RNR-Prinzipien auch in den durch den Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2016, S. 39) formulierten Mindestanforderungen an sozialtherapeutische Einrichtungen widerspiegeln. In den Mindestanforderungen wurde unter anderem festgehalten, dass eine Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung für folgende Personen indiziert ist: 1. bei Verurteilten, bei denen gefährliche Straftaten wegen einer erheblichen Störung ihrer persönlichen und sozialen Entwicklung zu befürchten ist; 2. bei Personen, die erkennen lassen, dass sie sich um eine Änderung ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen bemühen wollen; und 3. bei Personen, die über die kognitiven und sprachlichen Möglichkeiten für eine Beteiligung am Behandlungsvorgehen verfügen. Somit besteht die fachlich begründete Notwendigkeit einer ausführlichen psychologischen Diagnostik, bei der 1. das Rückfallrisiko eingeschätzt wird (wie hoch ist das Rückfallrisiko von Herrn X), 2. die individuellen kriminogenen Bedürfnisse des Straftäters erfasst werden (mittels welcher durch Intervention grundsätzlich veränderbarer Risikofaktoren kann das Rückfallrisiko von Herrn X nachhaltig verringert werden?) und 3. individuelle Bedürfnisse und Hindernisse abgeklärt werden, die die Behandlung und Betreuung erschweren könnten (Endres, Schwanengel & Behnke, 2012).

Die Aufgabe psychologischer Diagnostik besteht generell „darin, interindividuelle Unterschiede im Verhalten und Erleben sowie intraindividuelle Merkmale und Veränderungen einschließlich ihrer jeweils relevanten Bedingungen so zu erfassen, hinlänglich präzise Vorhersagen künftigen Verhaltens und Erlebens sowie deren evtl. Veränderungen in definierten Situationen möglich werden“ (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006, S. 3). Als zentrale Säulen der spezifisch forensischen Diagnostik der Sozialtherapie nennen Endres et al. (2012) eine auf den Justizvollzug bezogene Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten eigene Funktionen erfüllen sollen: Die *Eingangsdiagnostik* dient der weiteren Behandlungsplanung, indem die Gefährlichkeit des Gefangenen (*Risk*-Prinzip), die kriminogenen Bedürfnisse, die in der Sozialtherapie angesprochen werden sollen (*Need*-Prinzip), sowie die Therapiebedürfnisse und -hindernisse, auf die es in einer solchen Behandlung zu achten gilt (*Responsivity*-Prinzip), erfasst werden. Die *Verlaufsdiagnostik* dient dem Ziel, neue Informationen zu integrieren, den Therapieverlauf zu dokumentieren und auf Basis der Erkenntnisse prognostische Aussagen zu treffen, die die fortlaufende Behandlungsplanung

anleiten. Die *Abschlussdiagnostik* bewertet den Therapieerfolg und unterstützt die Planung einer adäquaten extramuralen Nachsorge nach der Entlassung aus dem Justizvollzug (Gregório Hertz, Breiling, Schwarze, Klein & Rettenberger, 2017).

Im Rahmen der Diagnostik in den sozialtherapeutischen Einrichtungen werden üblicherweise vier Methoden bzw. Datenquellen genutzt: Neben der Analyse der Akten (z. B. die während des Vollzugs geführten Gefangenenpersonalakten) werden Explorationen durchgeführt, teilweise ergänzt durch Verhaltensbeobachtungen, und standardisierte psychologische Instrumente zur Fremd- oder Selbstbeurteilung eingesetzt. Das können Instrumente zur kriminalprognostischen Einschätzung sein (für einen Überblick über mögliche Verfahren siehe Rettenberger & Franqué, 2013), testpsychologische Instrumente wie Persönlichkeits- oder Intelligenztests sowie standardisierte Verfahren zur diagnostischen Fremdbeurteilung, wie beispielsweise klinische Diagnoseinstrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen.

Das zentrale Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, ein umfassendes Bild über die Diagnostik in den 71 sozialtherapeutischen Einrichtungen in Deutschland bereitzustellen. Hierfür wurde im Rahmen der jährlichen Stichtagserhebungen zur Sozialtherapie (zuletzt Etzler, 2016) eine Zusatzerhebung durchgeführt, bei der zunächst erfasst wurde, in wie vielen Einrichtungen eine standardisierte Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik durchgeführt wird. Anschließend wurde erhoben, welche psychometrischen Verfahren in den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Deutschland verwendet werden.

Methode

Datenerhebung und -auswertung

Die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) in Wiesbaden führt seit 1997 jährliche Stichtagserhebungen in sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs durch, in der mittels eines Fragebogens eine statistische Erfassung jeweils zum Stichtag 31.03.2016 (bzw. im Berichtsjahr 30.04.2015 bis 31.03.2016) über Merkmale der Einrichtungen (z. B. Kapazität, Belegungsquote, Alter und Inhaftierungsgrund der Straftäter sowie Eckdaten bezüglich der Personalausstattung) durchgeführt wird. Im Jahr 2016 fand die 20. Erhebung statt und wurde in diesem Jahr durch eine Zusatzbefragung zur psychologischen Diagnostik erweitert, deren Daten die Grundlage für den vorliegenden Beitrag bilden. Der Erhebungs- sowie der Zusatzbogen wurde postalisch versandt, von den (Abteilungs-) Leiterinnen und Leitern sowie den

Fachdiensten der Einrichtungen ausgefüllt und im Anschluss per Mail oder Post zurückgesendet. Die Rücklaufquote betrug wie auch in den vorangegangenen Jahren 100% (Etzler, 2016).

Erhebungsbogen und statistische Auswertung

Um die Gegebenheiten der psychologischen Diagnostik in sozialtherapeutischen Einrichtungen zu erfragen, wurde im Rahmen der Studie ein Erhebungsbogen erstellt. Der Bogen enthielt jeweils zwei Items zur Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik: 1. „Führen Sie in Ihrer Einrichtung bei Gefangenen und Sicherungsverwahrten eine Eingangsdiagnostik / Verlaufsdiagnostik / Abschlussdiagnostik durch?“ mit den Antwortalternativen *ja* = 1, *nein* = 0; 2. „Wie stark ist der Ablauf der Eingangsdiagnostik / Verlaufsdiagnostik / Abschlussdiagnostik standardisiert?“ mit den Antwortalternativen *komplett standardisiert* = 3, *überwiegend standardisiert* = 2, *grob standardisiert* = 1, *nicht standardisiert* = 0¹. Darüber hinaus wurde zur Verlaufsdiagnostik nach den zeitlichen Abständen und der Häufigkeit der diagnostischen Termine sowie danach gefragt, ob das Ergebnis der Verlaufsdiagnostik für Entscheidungen zu vollzugsöffnenden Maßnahmen beziehungsweise Lockerungen herangezogen wird. Zur Abschlussdiagnostik wurde zudem erfragt, ob sie im Vergleich zur Verlaufsdiagnostik unterschiedlich gestaltet wird und ob die Ergebnisse für die Planung des weiteren Vollzugsverlaufs und für die Planung der Nachbetreuung (im Anschluss an die Entlassung aus dem Vollzug) berücksichtigt werden. Im letzten Teil des Erhebungsbogens wurden die Teilnehmer gebeten, alle psychologischen Testverfahren aufzulisten, die zwischen dem 01. April 2015 und dem 31. März 2016 eingesetzt wurden (der gesamte Erhebungsbogen findet sich im Elektronischen Supplement 1).

Für die statistische Auswertung wurden zumeist Häufigkeits-, Korrelations- und Varianzanalysen eingesetzt. Der Großteil der Analysen wurde deskriptivstatistisch durchgeführt, da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Vollerhebung handelte.

Stichprobe

Alle $N = 71$ sozialtherapeutischen Einrichtungen, die in Deutschland im Jahr 2016 verzeichnet waren, nahmen an der vorliegenden Befragung teil (Etzler, 2016). Es handelte sich

¹ Der Begriff „Standardisierung“ wurde wie folgt definiert: Es existieren Vorgaben oder Richtlinien darüber, wie die Diagnostik gestaltet werden soll, hinsichtlich Ablauf, verwendeten Quellen und (Test-)Verfahren. Je enger die Vorgaben, desto stärker ist die Diagnostik standardisiert. Es spielt dabei keine Rolle, wer (z. B. die Anstaltsleitung oder der Kollegenkreis) diese Vorgaben oder Richtlinien festgelegt hat.

dabei um sechs eigenständige Anstalten, die zwischen 41 und 145 Behandlungsplätze anboten sowie zwei Außenstellen mit 16 und 154 Behandlungsplätzen. Hinzu kamen 63 Abteilungen, die zwischen 9 und 106 Plätze umfassten. Da sich in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowohl strafgefangene als auch sicherungsverwahrte Personen befanden, werden im Folgenden alle Personen – wie in Untersuchungen dieser Art üblich (Etzler, 2016) – zusammenfassend als „Gefangene“ bezeichnet. Insgesamt wurden in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen zum Stichtag $N = 2\,076$ Personen behandelt, wovon $n = 1\,629$ erwachsene Männer (Modalwert = 25–30 Jahre alt), $n = 73$ Frauen (Modalwert = 25–30 Jahre alt) und $n = 374$ männliche Jugendliche (Modalwert = 18–21 Jahre) waren. Die Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten wurden zu 49% aufgrund von Sexualdelikten, zu 22% aufgrund von Tötungsdelikten, zu 11% wegen Körperverletzung oder Freiheitsberaubung, zu 15% wegen Eigentumsdelikten und zu 2% wegen sonstiger Delikten inhaftiert. Bei $n = 126$ Personen war die Sicherungsverwahrung im Anschluss an die Haftstrafe vorbehalten beziehungsweise angeordnet. Bei weiteren $n = 62$ Personen wurde die Sicherungsverwahrung bereits vollstreckt.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt, dass knapp die Hälfte aller sozialtherapeutischen Einrichtungen eine Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik durchführen, insgesamt waren fast alle Einrichtungen mit dem Thema Diagnostik befasst. In Tabelle 2 ist dargestellt, mit welchem Standardisierungsgrad die einzelnen Einrichtungen den diagnostischen Prozess umsetzen.

Die meisten Einrichtungen führen eine Eingangsdiagnostik durch ($n = 62$) und folgen dabei einem überwiegend oder vollständig standardisierten Schema. Eine Verlaufsdiagnostik wird von weniger Einrichtungen durchgeführt ($n = 50$), wobei diese bei etwa zwei Drittel der entsprechenden Einrichtungen grob oder überwiegend standardisiert durchgeführt wird. Der Großteil der befragten Institutionen, die eine Verlaufsdiagnostik durchführen, gab an, dass die Verlaufsdiagnostik in festgelegten regelmäßigen Abstand durchgeführt wird ($n = 36$, 72%). Der zeitliche Abstand hierbei betrug dabei durchschnittlich $M = 6.25$ Monate ($SD = 4$ Monate), wobei am häufigsten ein 6-Monats-Abstand genannt wurde. Demgegenüber gaben 17 (34%) der Einrichtungen an, verlaufsdiagnostische Untersuchungen nicht regelmäßig, sondern nur bei Bedarf durchzuführen. Pro Gefangenen werden durchschnittlich zwei Mal verlaufsdiagnostische Untersuchungen durchgeführt, am häufigsten wurde auf diese Frage die Antwort „1 Mal“ genannt. Von den insgesamt 50 Einrichtungen, die eine Verlaufsdiagnostik durchführen, gaben 46 (92%) an, dass sie die Ergebnisse grundsätzlich für Entscheidungen zu voll-

zugsöffnenden Maßnahmen beziehungsweise Lockerungen heranziehen, während 4 (8%) Einrichtungen angaben, dies nicht zu tun.

Von allen 71 Einrichtungen gaben 36 an, eine Abschlussdiagnostik bei den Gefangenen durchzuführen, die zumeist grob oder überwiegend standardisiert ausgerichtet war und sich bei 21 (58%) der Einrichtungen systematisch von der Verlaufsdiagnostik unterschied. Auf die Frage, ob die Ergebnisse der Abschlussdiagnostik für die Planung des weiteren Verlaufs der Inhaftierung (z. B. im Hinblick auf Verlegung oder Entlassung aus dem Justizvollzug) berücksichtigt werden, antworteten 17 (47%) Einrichtungen, dass die Ergebnisse der Abschlussdiagnostik eine besonders große Rolle spielen, 11 (31%) antworteten dass sie eine Rolle spielen, 5 (14%) nahmen eine untergeordnete Rolle an und 3 (8%) gaben an, dass die Ergebnisse der Abschlussdiagnostik für die Planung des weiteren Vollzugsverlaufs unwichtig sind. Gefragt, ob die Ergebnisse der Abschlussdiagnostik für die Planung der Nachbetreuung nach der Entlassung aus dem Justizvollzug berücksichtigt werden, antworteten 15 (42%) der Einrichtungen, dass die Ergebnisse eine besonders große Rolle spielen, 13 (36%) antworteten, dass sie eine Rolle spielen, 5 (14%) antworteten, dass sie eine untergeordnete Rolle spielen und 3 (8%) antworteten, dass die Ergebnisse für die Planung der Nachbetreuung unwichtig sind.

Anschließend wurden die sozialtherapeutischen Einrichtungen gebeten, alle standardisierten Testverfahren aufzulisten, die im Berichtsjahr zwischen dem 01.04.2015 und dem 31.03.2016 eingesetzt wurden. Von den 65 Einrichtungen, die angaben, dass sie irgendeine Art der Diagnostik durchführen, setzten 59 Einrichtungen standardisierte Testverfahren ein. Von diesen 59 Einrichtungen gaben 52 an, mindestens ein Risikoprognoseverfahren zur Einschätzung des Rückfallrisikos zu verwenden, 51 Einrichtungen berichteten, mindestens einen Persönlichkeitstest zu verwenden, 46 Einrichtungen gaben an, mindestens einen klinischen Test einzusetzen, 42 Einrichtungen nannten mindestens einen Leistungstest. Im Schnitt wurden von den 59 Einrichtungen pro Einrichtung $M = 11.4$ verschiedene Verfahren genannt ($SD = 6.1$, Modalwert = 15). Wenn nur die Einrichtungen berücksichtigt wurden, die generell den Einsatz der jeweiligen Verfahrensklasse bestätigten, ergab sich, dass durchschnittlich pro Einrichtung fünf Risikoprognoseverfahren, vier Persönlichkeitstests, drei klinische Tests und zwei Leistungstests eingesetzt wurden. Insgesamt berichteten die 59 Einrichtungen, die angaben eine Testdiagnostik durchzuführen, von 127 verschiedenen Testverfahren, die im letzten Jahr verwendet wurden. Darunter waren 23 Risikoprognoseverfahren, 43 Persönlichkeitstests, 41 klinische Verfahren, 16 Leistungstests und 4 sonstige Verfahren (z. B. standardisierte Täterttypologien zur diagnostischen Einordnung).

Die wichtigsten Testverfahren werden unter Rückgriff auf die Anzahl der Nennungen in eine Rangreihenfolge gebracht und in Tabelle 3 dargestellt. Für die Messung des Rückfallrisikos wurden insgesamt 23 verschiedene Risikoprognoseverfahren genannt. Die 13 weiteren Prognoseinstrumente, die genannt wurden, wurden jeweils von 7 oder weniger Einrichtungen genannt. Für die Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften wurden 42 verschiedene Verfahren genannt, die im letzten Jahr eingesetzt wurden (siehe Tabelle 3). Die übrigen 36 Persönlichkeitstests, die nicht in Tabelle 3 aufgeführt sind, wurden im letzten Jahr jeweils von weniger als sieben Einrichtungen eingesetzt. Für die Messung klinischer Konstrukte und zur Unterstützung klinisch-psychologischer beziehungsweise -psychiatrischer Diagnosestellung wurden insgesamt 41 verschiedene Verfahren genannt (siehe Tabelle 3). Die weiteren 39 Verfahren, die nicht in Tabelle 3 aufgeführt sind, wurden jeweils von acht oder weniger Einrichtungen genannt. Beispiele hierfür wären das *Borderline-Persönlichkeits-Inventar* (BPI; Leichsenring, 1997) und das *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme* (IIP-D; Horowitz, Alden, Kordy & Strauß, 2000), die jeweils von acht Einrichtungen aufgeführt wurden sowie die revidierte Version des *Beck Depressions-Inventar* (BDI-II; Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007), die von sieben Einrichtungen eingesetzt wurde. Um Merkmale der kognitiven Leistungsfähigkeit (z. B. Intelligenz oder Konzentration) der Gefangenen zu messen wurden 16 verschiedene Leistungstests genannt, die im letzten Jahr eingesetzt worden waren. Die weiteren 14 Verfahren, die nicht in Tabelle 3 aufgeführt sind, wurden im Jahr 2016 von neun oder weniger Einrichtungen verwendet; Beispiele hierfür sind der *Intelligenz-Struktur-Test-2000-R* (IST-2000-R; Liepmann, Beauducel, Brocke & Amthauer, 2007), der *Wechsler Intelligenztest für Erwachsene* (WIE; Aster, Neubauer & Horn, 2006) und der *d2 Test* (Briekenkamp, 2002).

Im nächsten Abschnitt wurden die jeweilige diagnostische Vorgehensweise der sozialtherapeutischen Einrichtungen in Zusammenhang mit den strukturellen Eigenschaften der Einrichtungen gesetzt. Hierfür wurden die Einrichtungen nach Zuständigkeiten unterschieden, je nachdem, ob sie für männliche Erwachsene ($n = 44$), für Frauen ($n = 6$) oder für männliche Heranwachsende ($n = 21$) verantwortlich waren. Tabelle 4 stellt die Ergebnisse in Form einer Kreuztabelle dar, wobei deutlich wird, dass es keinen systematischen Unterschied zwischen der Zuständigkeit (erwachsene Männer, Frauen, heranwachsende Männer) und der Durchführung der Eingangsdiagnostik, Cramers $V = .155$, $p = .425$, der Verlaufsdiagnostik, Cramers $V = .137$, $p = .516$, oder der Abschlussdiagnostik gibt, Cramers $V = .092$, $p = .746$.

Des Weiteren wird in Tabelle 4 dargestellt, wie sich der Standardisierungsgrad (dichotomisiert in nicht standardisiert / grob standardisiert und überwiegend standardisiert / vollständig standardisiert) abhängig von den Zuständigkeitsbereichen unterscheidet. Hier findet sich ein etwas geringerer Anteil der Einrichtungen, die standardisiert bei der Eingangsdiagnostik vorgehen und für Frauen zuständig sind, im Vergleich zum Anteil überwiegender / vollständiger Standardisierung der Eingangsdiagnostik bei Einrichtungen für erwachsene und heranwachsende Männer, Cramers $V = .245$, $p = .155$, wobei es sich um einen als klein zu klassifizierenden Effekt handelte, der die Signifikanzgrenze nicht erreichte. Darüber hinaus fand sich kein eindeutiges Muster, das auf einen unterschiedlichen Standardisierungsgrad der Einrichtungen hinwies, weder bezüglich der Verlaufsdiagnostik, Cramers $V = .117$, $p = .711$, noch im Hinblick auf die Abschlussdiagnostik, Cramers $V = .144$, $p = .690$. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Testverfahren und der Zuständigkeit ist deskriptiv ebenfalls in Tabelle 4 abgetragen. Auch wenn auf deskriptiver Ebene bei den Frauen eine geringere Anzahl an Testverfahren eingesetzt wurde, so ergab eine einfaktorielle Varianzanalyse, dass dieser Unterschied nicht statistisch bedeutsam war, $F(2, 68) = .569$, $p = .569$. Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob die Größe der Einrichtungen, gemessen an der Anzahl der Haftplätze, einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Eingangs-, Verlaufs- oder Abschlussdiagnostik hat. Tabelle 4 gibt in der letzten Spalte die Zusammenhangsmaße für die jeweiligen Variablen wieder; auch hier ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Größe der Einrichtung und der diagnostischen Praxis.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die psychodiagnostische Praxis in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen im Deutschland für das Berichtsjahr 01.04.2015 bis 31.03.2016 (Etzler, 2016) erfragt. Es zeigte sich, dass fast alle sozialtherapeutischen Einrichtungen erwartungsgemäß regelmäßig auf eine standardisierte diagnostische Untersuchungsmethodik zurückgreifen und dabei Instrumente verwenden, die auf eine Orientierung an den RNR-Prinzipien (Andrews & Bonta, 2010) schließen lassen. Wie auch in der gutachterlichen Praxis (Rettenberger et al., 2017), der ambulanten Versorgung entlassener ehemals inhaftierter Personen (Gregório Hertz et al., 2017) und aus internationalen Studien bekannt (Archer, Buffington-Vollum, Stredny & Handel, 2006) werden hierfür häufig standardisierte psychometrische Tests sowie kriminalprognostische Verfahren zur Einschätzung des Rückfallrisikos eingesetzt. Annähernd die Hälfte der befragten Einrichtungen gaben an, dass sie sowohl Eingangs-, Verlaufs- als auch Abschlussdiagnostik durchführen. Etwas weniger Einrichtungen führten

sowohl eine Eingangs- als auch Verlaufsdiagnostik durch und noch weniger berichteten von ausschließlich eingangsdagnostischen Erhebungen. Insgesamt erscheint eine strukturierte Eingangsdiagnostik unter Verwendung wissenschaftlich fundierter Verfahren nach den Daten der vorliegenden Untersuchung als state-of-the-art bezeichnet werden zu können – auch im Bereich der intramuralen Behandlung und Betreuung von straffällig gewordenen Personen.

Die Mehrheit der Einrichtungen gab zudem an, eine Verlaufsdiagnostik durchzuführen, überwiegend im halbjährlichen Rhythmus. Ein Fehlen einer standardisierten Verlaufsdiagnostik könnte zum Teil auf sehr kurze Aufenthaltsdauern von Gefangenen zurückzuführen sein. Zum anderen weisen empirische Untersuchungen über die erwartbaren Veränderungspotentiale von Gefangenen darauf hin, dass in wenigen Monaten häufig (noch) keine messbaren Veränderungen erfasst werden können und hierfür längere Interventionszeiträume vorliegen müssen (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). Die Einrichtungen gingen im Rahmen der verlaufsdiagnostischen Untersuchungen mehrheitlich standardisiert vor und verwendeten die Ergebnisse als Grundlage für Entscheidungen über vollzugsöffnende Maßnahmen (z. B. im Rahmen von Lockerungen) heranzuziehen. Etwa die Hälfte der Einrichtungen gab an, eine standardisierte Abschlussdiagnostik unter Verwendung psychologischer Methodik durchzuführen. Zudem gaben die meisten an, die Ergebnisse zur Planung des weiteren Vollzugsverlaufs sowie zur Planung der Nachbetreuungsmaßnahmen, die im Anschluss an die Entlassung aus dem Justizvollzug ergriffen werden, heranzuziehen. Ein häufiger Grund für eine fehlende Abschlussdiagnostik war, dass externe Gutachterinnen und Gutachter durch ihre Expertisen die Informationen über das noch vorhandene Rückfallrisiko und damit den bisher erreichten Therapieerfolg bereitstellten, wodurch eine separate Einschätzung seitens der sozialtherapeutischen Einrichtung obsolet wurde. Diese Vorgehensweise besitzt den Vorteil, dass die diagnostischen und kriminalprognostischen Interpretationen losgelöst von der Therapeut-Patient-Beziehung vorgenommen werden, womit eine höhere Objektivität der Messung angenommen wird (Müller, Becker & Stolpmann, 2006; Suhling, 2003).

Sowohl bei der Eingangs- der Verlaufs- und der Abschlussdiagnostik wurde mehrheitlich angegeben, dass eine überwiegend oder vollständig standardisierte Vorgehensweise Verwendung findet. Eine nicht standardisierte Vorgehensweise ermöglicht zwar eine hypothesengeleitete Erfassung der interessierenden Konstrukte, allerdings weist eine kaum standardisierte Vorgehensweise den Nachteil auf, dass die Fehlerquellen bei der Erfassung der interessierenden Merkmale zunehmen und die Messung dadurch tendenziell schlechter im Hinblick auf Reliabilität und Validität ausfällt (für aktuelle Beiträge zur Diskussion unstrukturierter diag-

nostischer Prozesse im Bereich der Kriminalprognose siehe z. B. Dahle & Lehmann, 2018; Rettenberger, 2018). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die große Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen durch die Verwendung psychologischer Tests und Instrumente diesen Fehlerquellen entgegenzuwirken versucht. Dabei wird häufig auf ein multimethodales Vorgehen (Endres et al., 2012) zurückgegriffen, in dem verschiedene Messmethoden (Selbstbeschreibung, Aktenanalyse, Interview) kombiniert werden, um so deren potentielle Probleme und Eigenheiten (für das Beispiel der Aktenanalyse siehe Leuschner & Hüneke, 2016) kompensieren zu können. Des Weiteren ermöglicht eine multimethodale Diagnostik, widersprüchliche Ergebnisse verschiedener Methodenquellen – beispielsweise im Sinne einer Diskrepanzdiagnostik (Steller & Dahle, 2001) – auszuwerten und somit Objektivität, Reliabilität und Validität zu erhöhen.

Wurden nur die Einrichtungen berücksichtigt, die prinzipiell psychometrische Tests einsetzen, wurden im Durchschnitt elf verschiedene Tests aufgezählt, die im letzten Jahr eingesetzt wurden, wobei auf eine größere Auswahl auf Risikoprognoseinstrumente und Persönlichkeitstests zurückgegriffen wurde als auf klinische Tests und Leistungstests. Die Tatsache, dass vergleichsweise viele Risikoprognoseverfahren genannt wurden, trägt dem Umstand Rechnung, dass einige der Instrumente für spezielle Subgruppen validiert wurden (z. B. der Static-99 für Sexualstraftäter, der VRAG für Gewaltstraftäter) und somit im Einzelfall ein jeweils angemessenes Instrument ausgewählt werden muss. Die Relevanz von Persönlichkeitstests ergibt sich darauf, dass eine relativ große Anzahl an (spezifischen) Persönlichkeitseigenschaften gibt, die eine Rolle in der individuellen Delinquenztheorie des einzelnen Gefangenen spielen können (Dahle, 2005). Gemäß dem RNR-Modell sind Persönlichkeitseigenschaften somit wahrscheinlich die wichtigsten sogenannten kriminogenen Bedürfnisse, die als Therapieziele ausgewählt werden sollten.

Betrachtet man die Auswahl an psychologischen fundierten Testverfahren, so zeigt sich, dass die hier mehrheitlich genannten Verfahren sinnvoll in die RNR-Prinzipien zu integrieren sind: Es wurden vorrangig Risikoprognoseinstrumente genannt, die zur Behandlungsindikation herangezogen werden können und gleichzeitig (sofern auch dynamische Risikofaktoren erfasst werden, z. B. Rettenberger et al., 2011) genauere Informationen über die zu behandelnden kriminogenen Eigenschaften liefern. Klinische Verfahren und Leistungstests können zumeist Informationen über die Responsivity-Komponente geben, das heißt über die potentielle Ansprechbarkeit im therapeutischen Setting (Beispiele hierfür wären das Ausmaß psychopathischer Persönlichkeitsmerkmale oder die kognitive Leistungsfähigkeit).

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen diagnostischer Praxis und Eigenschaften der Einrichtungen ergab keine nennenswerten Effekte: So unterschied sich die diagnostische Praxis nicht zwischen unterschiedlichen Zielgruppen (Frauen, heranwachsende oder erwachsene Männer). Auch der Standardisierungsgrad war grundsätzlich vergleichbar in allen Gruppen, mit einer kleinen Abweichung bei Einrichtungen, die für Frauen zuständig waren, da diese bei der Eingangsdiagnostik tendenziell weniger standardisiert vorgehen, wobei der Effekt keine statistische Signifikanz erreichte. Diese Tendenz könnte darin begründet liegen, dass Einrichtungen für Frauen generell eine Minderheit im Bereich des Justizvollzug darstellen ($n = 6$ Einrichtungen in der vorliegenden Untersuchung) und weniger Forschungsergebnisse zur Diagnostik und Interventionspraxis bei weiblichen Tätern zur Verfügung stehen. In den Einrichtungen für Frauen werden allgemein weniger Testverfahren angewendet als in den anderen Einrichtungen, allerdings ist auch dieser Unterschied nicht statistisch bedeutsam.

Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, dass die diagnostische Praxis in den sozialtherapeutischen Einrichtungen relativ heterogen ist. In Anbetracht der unterschiedlichen Zielgruppen und therapeutischen Konzepte sowie aufgrund der Tatsache, dass die konkrete Ausgestaltung des Justizvollzugs maßgeblich auf Ebene der Bundesländer organisiert wird, sind allgemeingültige Vorgaben hinsichtlich einzelner Testverfahren weder sinnvoll noch möglich. Zielführender erscheint es, die Diagnostik an allgemeineren methodischen Kriterien bzw. standardisierten Richtlinien zu orientieren, die settings- und einrichtungsübergreifenden Anspruch erheben und unabhängig von den Besonderheiten des Justizvollzugs formuliert wurden, Qualitätsstandards und methodische Mindestanforderungen des diagnostischen Prozess sowie der erforderlichen Gütekriterien von Tests beschreiben. Mit der DIN 33430 (Kersting, 2008) wurde beispielsweise im Bereich der Personalauswahl eine Prozessnorm entwickelt und es wäre denkbar, solche Standards auf die Diagnostik in sozialtherapeutischen Einrichtungen zu übertragen und zu adaptieren. Die DIN 33430 formuliert Anforderungen an die Planung von Eignungsbeurteilungen, sowie zu Anforderungen im Hinblick auf die Auswahl, Zusammenstellung, Durchführung und Auswertung von Verfahren. Im Bereich der Diagnostik innerhalb sozialtherapeutischer Einrichtungen wäre es denkbar, neben den klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) insbesondere auf die spezielle Eignung und Fairness von Tests bei der Anwendung mit Straftäterinnen und Straftäter zu achten. Darüber hinaus beinhaltet die DIN 33430 Kriterien für die Interpretation von Verfahrensergebnissen und die daraus folgende Urteilsbildung. Solche Kriterien können gerade in sozialtherapeutische Einrichtungen sinnvoll sein, da sich die Diagnostik hier im Spannungsfeld zwischen allgemein-klinischen und spezifisch-forensischen Bereichen befindet. So soll die Behandlung

von Straftäterinnen und Straftätern zu einer Verringerung des Rückfallrisikos eingesetzt werden, wobei sich diese Aufgabe nicht zwangsläufig mit der Behandlung klinisch-psychopathologischer Symptome gleichzusetzen ist. Hier können klare Richtlinien für den diagnostischen Prozess helfen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Interventionsbereiche angemessen zu berücksichtigen. Neben diesen spezifisch anwendungsorientierten Normvorgaben liegen standardisierte Testbeurteilungskriterien vor, wie sie beispielsweise durch das Testkuratorium veröffentlicht wurden (Testkuratorium, 2006), die aus methodischer Sicht Richtlinien für die Qualität von Testverfahren zur Verfügung stellen, die selbstverständlich auch für den diagnostischen Prozess in sozialtherapeutischen Einrichtungen Gültigkeit besitzen.

Trotz dieser Erkenntnisse, die diese Studie zur Erfassung der psychodiagnostischen Praxis in der Sozialtherapie liefert, weist sie gleichzeitig auch Grenzen auf: Zum ersten kann sie lediglich deskriptive, relativ oberflächliche Daten darüber liefern, mittels welcher Verfahren Diagnostik in den sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführt wird. Gründe für bestimmte Vorgehensweisen wurden nicht systematisch erfragt. Somit weisen die vorliegenden Daten ausschließlich beschreibenden und keinen erklärenden Charakter auf. Zum zweiten handelt es sich bei den untersuchten Einrichtungen nicht um vergleichbare Versuchseinheiten sondern um Institutionen, die sich teilweise strukturell stark voneinander unterscheiden. Zwar wurden in der vorliegenden Studie die Zuständigkeit und die Größe der Einrichtungen als strukturelle Merkmale berücksichtigt, dennoch sollten zukünftige Studien sowohl den institutionellen Hintergrund stärker berücksichtigen als auch die Gründe für die (Nicht-) Auswahl bestimmter Verfahren erfassen. Mittel- bis langfristig könnte so das Ziel realisiert werden, auch im Bereich der forensisch-psychologischen Diagnostik Qualitätskriterien und Richtlinien für den diagnostischen Prozess zu formulieren – ein Vorgang, der in anderen psychologischen Anwendungsfeldern bereits wesentlich und nachhaltig zur Qualitätssicherung beitragen konnte (Kersting, 2008).

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter
[Link wird vom Verlag eingefügt]

ESM 1. Erhebungsbogen zur Diagnostik der Stichtagserhebung Sozialtherapie am 31.03.2016

Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Matthew Bender.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2016). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung: Revidierte Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. – Stand 2016. *Forum Strafvollzug - Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 65, 37–40.
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V. & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87 (1), 84–94. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_07
- Aster, M. von & Neubauer, A. & Horn, R. (2006). *Wechsler Intelligenztest für Erwachsene: WIE; Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS-III von David Wechsler* (2. korr. Aufl.). Frankfurt: Pearson.
- Beckmann, D. & Richter, H. E. (1975). *Der Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Brickenkamp, R. (2002). *Test d2 - Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Dahle, K.-P. (2005). Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In H. L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren* (S. 133–169). Darmstadt: Steinkopff.
- Dahle, K.-P., Harwardt, F. & Schneider-Njepel, V. (2012). *Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern. Deutsche Version des Level of Service Inventory-revised nach Don Andrews and James Bonta*. Göttingen: Hogrefe.
- Dahle, K.-P. & Lehmann, R. J. B. (2018). Zum prognostischen Mehrwert einer integrativen nomothetisch-idiografischen kriminalpsychologischen Prognosebeurteilung – Eine empirische Untersuchung an männlichen Gewalt- und Sexualstraftätern. *Forensische Psy-*

- chirurgie, *Psychologie, Kriminologie*, 12 (1), 37–50. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0462-z>
- Deegener, G. (1996). *Multiphasic Sex Inventory (MSI): Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtättern*. Göttingen: Hogrefe.
- Dittmann, V. (2000). Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In S. Bauhofer, P.-H. Bolle & V. Dittmann (Hrsg.), *Gemeingefährliche Straftäter* (S. 66–95). Chur/Zürich: Verlag Rüegger.
- Egg, R. & Schmitt, G. (1993). Sozialtherapie im Justizvollzug. Vorbemerkungen zur Synopse 1992 und Synopse. In R. Egg (Hrsg.), *Sozialtherapie in den 90er Jahren. Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug* (S. 113–189). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Endres, J., Schwanengel, M. F. & Behnke, M. (2012). Diagnostik und prognostische Beurteilung in der Sozialtherapie. Was ist und wozu dient Diagnostik in der Sozialtherapie. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Bogaard (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern* (S. 101–122). Herbolzheim: Centaurus.
- Engel, R. R., Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (2000). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*. Bern: Huber.
- Etzler, S. (2016). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2016: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2016* (BM-Online, Bd. 6). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. Verfügbar unter <http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/BM-Online/bm-online6.pdf>
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2010). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Formann, A. K. & Piswanger, K. (1979). *Wiener Matrizen-Test (WMT)*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R- Die Symptom Checklist von L. R. Derogatis* (2. vollst. überarb. u. neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Gregório Hertz, P., Breiling, L., Schwarze, C., Klein, R. & Rettenberger, M. (2017). *Extramurale Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Nachsorge-Praxis 2016* (BM-Online, Bd. 13). Wiesbaden: Kri-

- minologische Zentralstelle. Verfügbar unter
<http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/BM-Online/bm-online13.pdf>
- Hampel, R. & Selg, H. (1998). *Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanson, K. R., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36 (9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L. & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision (User Report no. 2007-05)*. Ottawa, Ontario, Canada: Public Safety Canada.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, A., Phenix, A., Thornton, D. & Hanson, R. K. (2003). *STATIC-99: Coding Rules Revised – 2003*. Canada Ottawa, Ontario: Solicitor General.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Kordy, H. & Strauß, B. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: Deutsche Version (IIP-D)*. Göttingen: Beltz.
- Kersting, M. (2008). *Qualität in der Diagnostik und Personalauswahl – der DIN-Ansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Keßler, A. & Rettenberger, M. (2017). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung von Sexualstraftätern nach Entlassung aus dem Strafvollzug. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46 (1), 42–52. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000401>
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78 (6), 651–656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>

- Lehrl, S. (1999). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)* (4. überarb. Aufl.). Balingen: Spitta.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leuschner, F. & Hüneke, A. (2016). Möglichkeiten und Grenzen der Aktenanalyse als zentrale Methode der empirisch-kriminologischen Forschung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 99 (6), 464–480. <https://doi.org/10.1515/mkr-2016-0605>
- Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Amthauer, R. (2007). *Intelligenz-Struktur-Test 2000 R* (2. erweiterte und überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F. (2016). Wie wirksam ist die Straftäterbehandlung im Justizvollzug? In M. Rettenberger & A. Dessecker (Hrsg.), *Behandlung im Justizvollzug* (Kriminologie und Praxis, Band 71, S. 17–52). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Matthes, A. & Rettenberger, M. (2008). *Die deutsche Version des Stable-2007*. Wien: Institut für Gewaltforschung und Prävention (IGF).
- Müller, P., Becker, A. & Stolpmann, G. (2006). Vergleich externer und interner Prognose-Gutachten im Maßregelvollzug Sachsen-Anhalts. *Recht & Psychiatrie*, 24 (4), 174–180.
- Müller-Isberner, R., Gonzales Cabeza, S. & Eucker, S. (2000). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20*. Haina: Institut für forensische Psychiatrie.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzalez Cabeza, S. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20*. Haina: Institut für forensische Psychiatrie.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rettenberger, M. (2018). Intuitive, klinisch-idiographische und statistische Kriminalprognosen im Vergleich – die Überlegenheit wissenschaftlich strukturierten Vorgehens. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12 (1), 28–36. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0463-y>

- Rettenberger, M., Eher, R., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C. et al. (2017). Kriminalprognosen in der Praxis. *Diagnostica*, 63 (1), 2–14.
<https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000168>
- Rettenberger, M. & von Franqué, F. (2013). *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Rettenberger, M., Matthes, A., Schilling, F. & Eher, R. (2011). Die Validität dynamisch-veränderbarer Risikofaktoren bei der Vorhersage einschlägiger Rückfälle pädosexueller Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5 (1), 45–53.
<https://doi.org/10.1007/s11757-010-0086-z>
- Rice, M. E. & Harris, G. T. (2013). Treatment for adult sex offenders – May we reject the null hypothesis? In: K. Harrison & B. Rainey (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Legal and Ethical Aspects of Sexual Offender Treatment and Management* (pp. 219–235). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Seitz, W. & Rautenberg, M. (2010). *Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (PFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Steller, M. & Dahle, K. P. (2001). Diagnostischer Prozeß. In R.-D. Steglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 39–49). Stuttgart: Thieme.
- Suhling, S. (2003). Begutachtung bei Lockerungsentscheidungen. *Neue Kriminalpolitik*, 15 (3), 85–88.
- Testkuratorium (2006). TBS-TK. Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen. *Report Psychologie* 31, S. 492–500.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

Tabelle 1. Häufigkeit der unterschiedlichen Formen der Diagnostik in sozialtherapeutischen Einrichtungen ($N = 71$)

Form der Diagnostik	Anzahl der Einrichtungen	Prozent
Nur Eingangsdiagnostik	11	15 %
Nur Verlaufsdiagnostik	3	4 %
Nur Abschlussdiagnostik	0	0 %
Eingangs- und Verlaufsdiagnostik	15	21 %
Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	0	9 %
Eingangs- und Abschlussdiagnostik	4	6 %
Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	32	45 %
Irgendeine Diagnostik	65	92 %
Keine Diagnostik	6	8 %

Tabelle 2. Standardisierungsgrad der unterschiedlichen Formen der Diagnostik in sozialtherapeutischen Einrichtungen ($N = 71$)

Form der Diagnostik		Standardisierungsgrad			
		Nicht standardisiert	Grob standardisiert	Überwiegend standardisiert	Komplett standardisiert
Eingangsdagnostik					
Ja	62 (87 %)	5 (8 %)	9 (15 %)	28 (45 %)	20 (32 %)
Nein	9 (13 %)	-	-	-	-
Verlaufsdagnostik					
Ja	50 (70 %)	8 (16 %)	14 (28 %)	20 (40 %)	8 (16 %)
Nein	21 (30 %)	-	-	-	-
Abschlussdiagnostik					
Ja	36 (51 %)	4 (11 %)	9 (25 %)	14 (39 %)	9 (25 %)
Nein	35 (49 %)	-	-	-	-

Tabelle 3. Psychologische Testverfahren, die am häufigsten in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zwischen 01.04.2015 und 31.03.2016 verwendet wurden

Verfahren	Erfasste Konstrukte	Art	Anzahl	Einsatzbereich			Häufigkeit	
				Eingan g	Verlauf	Abschluss	Bedarf	Standard
HCR–20	Risiko für gewalttätiges Verhalten bei psychisch Kranken	R	37	27	19	12	19	18
PCL–R	Psychopathie	R	33	27	11	7	18	15
FAF	Aggressivität	P	28	26	12	8	6	22
FPI–R	Persönlichkeitsfaktoren	P	28	27	6	4	7	21
LSI–R	Rückfallrisiko bei männlichen erwachsenen Straftätern	R	25	18	9	5	18	7
SVR–20	Risikofaktoren für sexuelle Gewalt bei Sexualstraftätern	R	25	17	10	9	13	12
MMPI–2	Klinisch relevante Persönlichkeitsbereiche	P	22	21	5	5	1	21
MWT–B	Verbale Intelligenz	L	21	21	2	0	3	18
MSI	Psychosexuelle Merkmale bei erwachsenen männlichen Sexualstraftätern	P	20	18	8	3	8	12
VRAG	Risiko für gewalttätigen Rückfall bei Gewaltstraftätern	R	21	14	2	2	8	13
PSSI	Persönlichkeitsstile entsprechend Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV	P	21	18	7	3	9	12

Static-99	Statisches Risiko für sexuellen Rückfall bei Sexualstraftätern	R	21	18	8	2	11	10
SKID II	Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV	K	18	16	4	1	13	5
WMT	Fluide Intelligenz, bzw. Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken	L	16	15	1	1	2	13
PFI	Persönlichkeitseigenschaften bei inhaftierten Personen	P	14	11	7	3	9	5
Gießen-Test	Selbst- / Ideal- und Fremdbild von 6 psychoanalytischen bzw. sozialpsychologischen Konzepten	P	14	13	7	7	5	9
SCL-90-R	Psychische Belastung	K	14	13	8	2	7	7
SORAG	Risiko für sexuellen Rückfall bei Sexualstraftätern	R	12	7	2	1	6	6
Dittmann-Liste	Risiko für allgemeinen Rückfall bei besonders gefährlichen Straftätern	R	11	6	5	3	6	5
Stable-2007	Dynamisches Risiko für sexuellen Rückfall bei Sexualstraftätern	R	11	8	5	5	4	7

Anmerkungen: R = Risikoprognoseverfahren. P = Persönlichkeitstest. K = Klinisches Verfahren. L = Leistungstest. HCR-20 = Historical Clinical Risk Management-20 (Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998); PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 2003); FAF = Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (Hampel & Selg, 1998). FPI-R = Freiburger Persönlichkeitsinventar – Revised (Fahrenberg, Hampel & Selg, 2010). LSI-R = Level of Service Inventory – Revised (Dahle, Harwardt & Schneider-Njepel, 2012). SVR-20 = Sexual Violence Risk – 20 (Müller-Isberner, Gonzalez Cabeza & Eucker, 2000). MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Engel, Hathaway & McKinley, 2000). MWT-B = Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest-B (Lehrl, 1999). MSI = Multiphasic Sex Inventory (Deegener, 1996). VRAG = Violence Risk Appraisal Guide (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006). PSSI = Persönlichkeits- Stil- und – Störungsinventar (Kuhl & Kazén, 1997). Static-99 (Harris, Phenix, Thornton & Hanson, 2003). SKID II = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997). WMT = Wiener Matrizen-Test (Formann & Piswanger, 1979). PFI = Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (Seitz & Rautenberg, 2010). Gießen-Test (Beckmann & Richter, 1975). SCL-90-R = Symptom Checklist – 90 – Revised (Franke, 2002). SORAG = Sex Offender Risk Appraisal Guide (Quinsey et al., 2006). Stable-2007 (Matthes & Rettenberger, 2008).

Tabelle 4. Zusammenhänge von diagnostischem Vorgehen bei Eingangs- Verlaufs- und Abschlussdiagnostik und Eigenschaften der Einrichtungen

Kodierung		Erwachsen e Männer (<i>n</i> = 44)	Frauen (<i>n</i> = 6)	Heran- wachsende Männer (<i>n</i> = 21)	Größe der Einrichtung (Anzahl Haftplätze) (<i>N</i> = 71)
Eingangs- diagnostik	Ja	39 (89 %)	6 (100%)	17 (87 %)	$r_{pb} = .128$
	Nein	5 (11 %)	0 (0 %)	4 (13 %)	$p = .286$
Standard. Eingangs- diagnostik	Nicht / grob	9 (23 %)	3 (50 %)	2 (12 %)	$\tau = .094$
	Überwiegend / vollständig	30 (77 %)	3 (50 %)	15 (88 %)	$p = .380$
Verlaufs- diagnostik	Ja	32 (73 %)	5 (83 %)	13 (62 %)	$r_{pb} = .086$
	Nein	12 (27 %)	1 (17 %)	8 (38 %)	$p = .474$
Standard. Verlaufs- diagnostik	Nicht / grob	18 (56 %)	2 (40 %)	8 (62 %)	$\tau = -.063$
	Überwiegend / vollständig	14 (44 %)	3 (60 %)	5 (39 %)	$p = .597$
Abschluss- diagnostik	Ja	21 (50 %)	4 (67 %)	11 (52 %)	$r_{pb} = -.087$
	Nein	21 (50 %)	2 (33 %)	10 (48 %)	$p = .468$
Standard. Abschluss- diagnostik	Nicht / grob	13 (62 %)	2 (50 %)	8 (73 %)	$\tau = -.083$
	Überwiegend / vollständig	8 (38 %)	2 (50 %)	3 (27 %)	$p = .563$
Anzahl Testverfahre n		$M = 9.9$ $SD = 6.4$	$M = 7.2$ $SD = 6.3$	$M = 9.2$ $SD = 5.5$	$r = .099$ $p = .412$

Anmerkungen: Standard. = Standardisierungsgrad. r_{pb} = punktbiseriale Korrelation, τ = Kendalls τ Rangkorrelation, r = Pearson Produkt-Moment-Korrelation.